

表 16 サービス担当者会議開催困難の理由

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
自分の日程調整	11/45 (24.4)	413/1122 (36.8)	2.860	0.091
サービス事業者との日程調整	20/45 (44.4)	886/1122 (79.0)	29.696	0.000
会場の確保	1/45 (2.2)	170/1122 (15.2)	5.783	0.016
利用者の出席	3/45 (6.7)	295/1122 (26.3)	8.764	0.003
家族の出席	8/45 (17.8)	384/1122 (34.2)	5.246	0.022
主治医の出席	16/45 (35.6)	790/1122 (70.4)	24.601	0.000
資料作り	11/45 (24.4)	270/1122 (24.1)	0.003	0.935
会議の進め方に不安を感じる	10/45 (22.2)	311/1122 (27.7)	0.655	0.418

8-2. サービス担当者会議進行運営上の困難点

「会議の時間が長すぎる」の項目は、尾道市で 2.2%、神奈川県で 11.8%、「利用者の状態説明に時間がかかる」の項目は、尾道市で 0.0%、神奈川県で 10.1%であり、尾道市が有意に低かった。一方、「上手に進行できない」の項目は、尾道市が 51.1%、神奈川県が 28.6%と、尾道市が有意に高かった。(図 8、表 17)

図8 サービス担当者会議の進行運営上で困難を感じる事【複数回答】

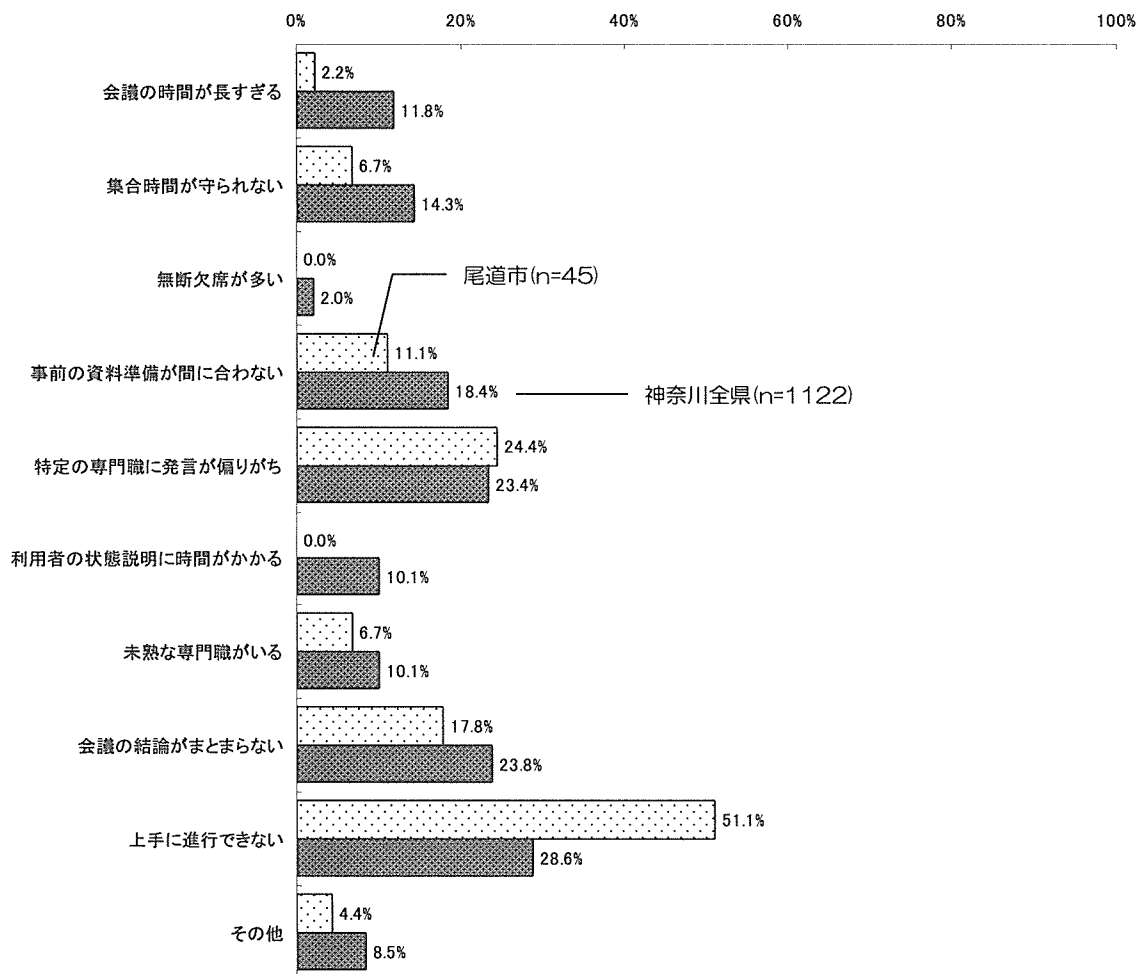


表17 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	尾道市 (%)	神奈川県 (%)	χ^2	P 値
会議の時間が長すぎる	1/45 (2.2)	132/1122 (11.8)	3.901	0.048
集合時間が守られない	3/45 (6.7)	161/1122 (14.3)	2.114	0.146
無断欠席が多い	0/45 (0.0)	22/1122 (2.0)	0.899	0.343
事前の準備が間に合わない	5/45 (11.1)	207/1122 (18.4)	1.567	0.211
特定の専門職に発言が偏りがち	11/45 (24.4)	263/1122 (23.4)	0.024	0.876
利用者の状態説明に時間がかかる	0/45 (0.0)	113/1122 (10.1)	5.018	0.025
未熟な専門職がいる	3/45 (6.7)	113/1122 (10.1)	0.560	0.454
会議の結論がまとまらない	8/45 (17.8)	267/1122 (23.8)	0.870	0.351
上手に進行できない	23/45 (51.1)	321/1122 (28.6)	10.538	0.001

D. 考察

1. 介護支援専門員の負担・担当利用者数

担当利用者数は、要介護度別にみて、両群とも有意な差は認めなかった。担当利用者の負担は同じであるといえる。

2. サービス担当者会議開催

調査期間の1ヶ月間にサービス担当者会議を1回も開催しなかった回答者は、尾道市は15.6%であり、神奈川県は34.3%より有意に低かった。また開催した介護支援専門員を比較しても、開催回数は、尾道市が多かった。

所要時間は尾道市が平均約20分であり、神奈川県は平均約50分であったが、実態調査だけでなく、調査期間中である平成17年10月の1か月にサービス担当者会議を開催しなかった回答者を含めた意識調査でも、適切と思われる所要時間は、それぞれ実際の所要時間と変わらない。つまり、本来所要時間を短くしたい（あるいは長くしたい）が、実現できていないのではなく、そもそも前提となる意識として、両群では適切と思われるサービス担当者会議の所要時間が異なっている。

会議の所要時間が短ければ、同じ時間で開催できる回数は多くなり、所要時間が長ければ、同じ時間に開催できる回数が限られてくることは自明である。

尾道市の介護支援専門員は、担当者数が少なく負担が少ないので、サービス担当者会議を開催する回数が多いのではない。対照群である神奈川県は、1回の会議の所要時間が、尾道市の約3倍である。（移動の時間を考慮しないで）単純に考えると、同じ時間で3倍の回数を開催できる。

一方、意識調査で、尾道市の介護支援専門員も、適切と思われる会議の開催回数（ 3.32 ± 0.29 回）は、実際の開催回数（ 4.78 ± 0.86 回）より少ないので、望んで開催するというより、必要に迫られて開催していると考えられる。

3. サービス担当者会議の構造（参加者）

3-1. 利用者（要介護者）、家族

尾道市では、サービス利用者である要介護者と家族の参加する会議の割合が高い。一方、対照群である神奈川県では、調査期間中の1ヶ月間に開催した会議に、1回も利用者（要介護者）が参加しなかった回答者が35%であり、家族が参加しなかった回答者が30%であった。意識調査において、毎回出席が必要と思われる割合と、実態調査において、参加を呼びかけた割合と、実際に参加した割合は、尾道市も神奈川県も、利用者（要介護者）、家族とも、ほぼ同じ数字であった。

神奈川県は、「毎回出席が必要と思う」58.8%→「参加を呼び掛ける」65.6%→「実際に参加した」61.1%であった。一方、尾道市は、利用者の場合、「毎回出席が必要と思う」88.9%→「参加を呼び掛ける」97.3%→「実際に参加した」94.6%であった。家族に関しても、同様の傾向を示している。

利用者（要介護者）、家族の出席率の差は、参加者側の止むを得ない事情からではなく、介護支援専門員が毎回出席が必要と認識しているか否かの差により、対照群ある神奈川県では呼び掛けそのものがなされていないからであると考えざるを得ない。

介護支援専門員は、要介護者や家族からの相談に応じ、心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、居宅サービス事業を行うものとの連絡調整等を行う者である。サービス担当者会

議は、利用者本位の観点から、課題分析や介護サービス計画の作成を地域の異なる機関の多くの専門職が合議によって行うものである。そして、要介護者等や家族の意思に沿って、この合議と協働を調整（マネジメント）するのが介護支援専門員の役割である。

さらに、サービス担当者会議に、本人・家族が参加している場合は、サービス担当者会議の場で、本人や家族から最終確認を取り、居宅サービス計画を交付することで、居宅サービス計画が完結したことになる。サービス担当者会議に本人や家族など、当事者が参加していない場合には、最終的に要介護者から居宅サービス計画について了解を得る必要性があり、二段階の手間となる。

3-2. 主治医

主治医は毎回出席の必要があると思う回答者は、尾道市は 80%であり、対照群の神奈川県で 20.2%である。主治医に参加を呼びかけた割合は、尾道市が 97.3%と神奈川県で 23.3%のとなり、実際に参加したと回答した介護支援専門員の割合は、尾道市 89.2%と神奈川県 14.0%であり、尾道市、神奈川県で、「毎回出席の必要があると思う」、「参加を呼び掛ける」、「実際にサービス担当者会議に出席する」の3つの項目に関して、尾道市、神奈川県は、それぞれがほぼ同じ割合を示した。このことは、実際に主治医がサービス担当者会議に出席するか否かは、介護支援専門員が、主治医が毎回出席の必要があると考えるか否かという意識の問題であると言える。

また会議開催上の問題点の中で、主治医不参加の理由として、「参加を呼びかけていない」と回答したものは、尾道市では 4.4%であったが、神奈川県では 57.7%と約6割に及んでいる。曜日、時間帯など日時があわないのが、45.3%となっている。

参加を呼び掛けようとしめない基底には、「主治医が会議の意義を理解しない」（尾道市 6.7%、神奈川県 22.5%）こともあるが、介護支援専門員と主治医の信頼関係が確立していない（尾道市 0%、神奈川県 27.8%）という理由があると考えられる。一方、尾道市では、回答した 45 名のうち「主治医との信頼関係が確立されていない」と答えたものは 1 名も居なかった。

4. サービス担当者会議の機能（共有された情報）

4-1. 事前に共有した情報

尾道市は、全体として、共有していると回答した回答者の割合が、ほとんどすべての項目で神奈川県より高い。特に、『尾道市医師会方式ケアカンファレンス』では、利用者のプロフィールとケアプランを関係者に送付することが事前準備として定められているため、「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護認定状況」の共有は、90%前後（86.5%～91.9%）であった

また上記の3項目に加え、「利用者の生活状況」、「生活上の問題への対処方針」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」という未来志向の方針に対しても、事前に有意に高く情報共有されていた。

4-2. 会議で共有された情報

サービス担当者会議で共有された情報項目は、尾道市と神奈川県では同じ割合であった。尾道市では、事前に情報を共有していると回答した介護支援専門員の割合が、神奈川県より 20～30%高いが、サービス担当者会議で、実際に情報を共有したと回答した割合は同じである。

さらに、尾道市では、「疾病に関する情報」、「医学的知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題

への対処方針」も有意に高い。これは尾道市では、サービス担当者会議に主治医が参加している（89.2%）ためと考えられる。医療的、生活上の問題への対処の方針の情報が、利用者（要介護者）や家族を含めた参加者で共有されることは、介護チーム全体の危機管理が成され、チーム全員、また利用者本人や家族の安心感が増すと考えられる。特に医療の知識の少ない非医療職種や、利用者本人、家族は、主治医から医療情報や対処法に関する情報を得て、全員で情報を共有して確認することによる安心感は強いと考えられる。

5. サービス担当者会議の類型化

「サービス担当者会議」には、少なくとも2種類ある。構造と機能が異なるものを、同じ用語で呼ぶことで混乱を来している。このことを認めなければ、今後地域包括ケアを推進するための議論は進まない。

ひとつは、「サービス分配型サービス担当者会議」であり、他は「未来志向問題対処型サービス担当者会議」である。「未来志向問題対処型サービス担当者会議」は尾道市で行われているもので「ケアカンファレンス」と表現することが出来る。「サービス分配型サービス担当者会議」は、利用者本人、家族、主治医不在で、サービス事業者のみが集まり、ADLを共有する情報として、要介護度の限度内での給付介護サービスを分配するものである。

「未来志向問題対処型サービス担当者会議」は、サービス事業者に加えて、利用者本人、家族、主治医、民生委員なども参加し、医療の情報や、将来起こりうる生活上、医療上の問題点に対する対処法を、皆で共有するものである。

6. 会議の所要時間

意識調査によると、対照群である神奈川県は、60分の所要時間を長いと意識していない。尾道市の場合は、事前にケアプランを含めた情報の共有が出来ている→会議では主治医も参加して、医療情報や対処法や介護方針について情報共有する→事前準備が出来ているので、実際の会議は15分から20分で十分である→従って会議の開催回数が多いという循環になっている。一方、対照群は、事前の準備・情報共有が乏しい→実際の会議で、状況説明に時間が掛かる→会議所要時間が50分から60分必要である→会議を開催する回数が少ない→また、そのことに問題を感じていないという循環になっていると考えられる。

このため、サービス担当者会議の開催率を向上するためには、意識改革から始めることが必要である。

これには、「介護支援専門員資質向上事業」として行われる介護支援専門員研修で、それぞれの地域における必要性に従い、研修プログラムの内容を検討するべきである。

またサービス担当者会議の所要時間を短くするためには、事前にケアプランを含む情報の共有を励行することが必要と考えられる。

E. 結論

1. 尾道市方式の特徴

利用者（要介護者）本人、家族、主治医、（民生委員）のサービス担当者会議への出席率が高い

ことが特徴であり、これは「毎回会議に出席するべきか」という意識の段階で、対照群と異なっていた。意識の差が、「参加を呼び掛ける」という介護支援専門員の行動の差となり、その違いがサービス担当者会議への出席率という結果の違いに繋がっている。

2. 会議で共有される情報

尾道市では、事前の情報共有が行われ、特にケアプランを事前に共有することが特徴的である。会議では、「医療知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」について、情報共有されている割合が、対照群より有意に高かった。

事前に情報共有が充分になされて、サービス担当者会議の1回の所要時間は、平均20分である。対照群は、事前に情報共有を行ったと回答した介護支援専門員の割合は低く、「利用者の状況説明に時間が掛かる」などにより、会議の所要時間は平均50分である。両者とも、現状の所要時間を、それぞれ適切であると認識している。

さらに所要時間の短い尾道市の介護支援専門員は、サービス担当者会議の月間平均開催回数が多い。担当利用者数には、有意な差が無いため、月間開催回数は、会議所用時間の影響と考えることが出来る。

3. ケアカンファレンスの役割

尾道市方式のケアカンファレンスは、「多職種協働には必須のもので、利用者本人、家族を含めたケアチームのメンバー全員が参加し（顔を合わせて）、ケアプランは事前に共有し、介護・医療の情報と、今後起こりうる生活上・医療上の問題点の対処方針を会議で確認し、共有するもの」と定義できる。

4. 提言

「サービス担当者会議」という呼称は介護支援専門員自身にも、利用者・家族を含む他の者にも、「サービス事業者のみが集まり、ケアプランに盛り込む介護サービスの分配を決める会議」という誤解あるいは間違っただイメージを与えている可能性があるため、「サービス担当者会議」との名称を避けて、「ケアカンファレンス」という呼び方を用いることを提言する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

田城孝雄、高橋隆、瀬戸恒彦、片山壽、田中滋：尾道式ケアカンファレンスの構造と機能「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 日本介護経営学会誌 1：68-79、2006

田城孝雄：連携クリティカルパスとは. 看護 58（6）：40-43, 2006

田城孝雄：地域連携パスとは何か ～現状と実践～. 月刊福祉 5月号：36－39, 2006

田城孝雄：医療連携. 在宅医療テキスト 在宅医療テキスト編集委員会 編集, 財団法人 在宅医療助成勇美記念財団, 東京, 18－19, 2006

田城孝雄：在宅医療の普及阻害要因. 保健・医療提供制度. 田中滋・二木立 監修, 講座*医療経済・政策学 第3巻, 103－118, 勁草書房, 2006

2. 学会発表

田城孝雄、高橋 隆、瀬戸恒彦、高橋謙造、丸井英二、片山 壽、田中 滋、尾道市方式ケアマネジメントのサービス担当者会議の実態に関する質問紙調査、日本公衆衛生学会、10月27日

田城孝雄、高橋 隆、瀬戸恒彦、片山 壽、田中 滋、サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査 –尾道方式ケアカンファレンスの構造と機能–、日本介護経営学会

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

1. 会議支援専門員 基本テキスト
2. 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護、2003
3. 田城孝雄、片山壽、丸井英二、田中滋：地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ、医療と社会、14（1）、51-62、2004
4. 片山 壽：患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療、治療、87、1693-1701、2005
5. 片山壽：在宅医療介護基本手技マニュアル、永井書店、2000
6. 片山壽：かかりつけ医とケアマネジャー、月刊ケアマネジメント、12、8、2001
7. 片山壽：ケアマネジメント多職種協働の方法論、月刊ばんぶう、11、123、2001
8. 片山壽：主治医機能とケアマネジメント、日本プライマリケア学会誌、25（3）、213、2002
9. 片山壽：地域医師会による看護連携の取り組みと医師会ケアマネジメントセンター、看護展望、27、66-71、2002
10. 月刊ケアマネジャー編集部：「尾道」の謎に迫る：ケアカンファレンス実施率は9割以上、ケアマネジャー、10、22-25、2002
11. 片山壽：ケアマネジメントの導入、内科、92、170-173、2003
12. 片山壽：医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義、内科、92、374-378、2003
13. 片山壽：地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦、内科、92、578-583、2003
14. 片山壽：介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化：新・地域ケアのシステムの受け皿と平均在院日数の短縮化、内科、92、753-757、2003
15. 片山壽：急性期病院における退院前ケアカンファレンスと包括的地域ケアシステム、看護学雑誌、67、882-885、2003
16. 片山壽：尾道市医師会の取り組み：地域医師会による高齢者ケアマネジメントの構築、介護支援専門員、5（4）、25-28、2003
17. 片山壽：在宅医療とは何か、からだの科学、No.232、12-16、2003
18. 神奈川県介護支援専門員協会調査研究委員会：平成16年度介護支援専門員実態調査報告書、～介護支援専門員の質の向上に向けた現状と課題の把握～、神奈川県介護支援専門員協会、2005
19. 田城孝雄：地域で育てよう 我らの在宅ケア ―包括的地域ケアとは何か―、月刊総合ケア、15、1216-1223、2005

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

地域包括ケアシステムの構築に関する研究

ケアカンファレンスの構造と機能

平成 17 年度サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査の解析

2. 神奈川県解析

(1) 設置主体別検討

主任研究者	田城孝雄	順天堂大学 医学部公衆衛生学講座 講師
分担研究者	田中 滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科医療経済学 教授
分担研究者	片山 壽	尾道市医師会 会長
研究協力者	高橋 隆	茨城県立医療大学 保健医療学部
研究協力者	大槻紘美	かながわ福祉サービス振興会
研究協力者	瀬戸恒彦	かながわ福祉サービス振興会

研究要旨

神奈川県の介護支援専門員に対してサービス担当者会議の実態と意識の調査を行い、所属する居宅介護支援事業所の設立母体別に比較した。参加者やサービス担当者会議で共有される情報に、設置母体による差を認めた。

利用者や家族、主治医が参加せず、サービス事業者だけで集まり、サービスの給付の割り振りを行う「サービス分配型サービス担当者会議」は社会福祉法人設置の居宅介護支援事業所で、最も頻度が高く行われている可能性があると考えられた。

サービス担当者会議を充実して、多職種協働の地域包括ケアを推進するためには、画一的な介護支援専門員研修ではなく、設立母体にも配慮した肌理の細かい研修や指導が必要である。

A. 研究目的

先行研究では、居宅介護支援事業所は、開設母体によりケアプランの種類数が異なることが報告されている。神奈川県の 1122 名の介護支援専門員からの回答を、その所属する居宅介護支援事業所の設立母体別に、比較し、開設母体によりサービス担当者会議の実態や、介護支援専門員の意識に違

いがあるかを検討した。

B. 研究方法

質問紙調査法を行った。平成 17 年 11 月 1 日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、調査票を郵送した。1 事業所あたり調査票を 2 票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。所属する介護支援専門員の中から担当件数の多い順に 2 名に回答してもらった。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

検定

所属する介護支援専門員が回答する割合が、4 種類の開設主体で差が無いという仮説を帰無仮説として、 χ^2 検定を行った。 $P < 0.05$ を有意差ありとした。解析には統計ソフト SPSSver.12J を用いた。

C. 研究結果

1. サービス担当者会議の参加者

1-1. サービス担当者会議への利用者・家族の出席率

サービス担当者会議に「利用者が出席した会議が 1 回以上ある」と回答した介護支援専門員は、**医療法人 75.7% ≒ 営利法人 74.2% ≒ 特定非営利活動法人 71.2% > 社会福祉法人 61.4%**であり、1%水準の有意差で、社会福祉法人が他の設置主体より低かった。

「家族が出席した会議が 1 回以上ある」と回答した介護支援専門員は、**医療法人 82.0% > 特定非営利活動法人 73.7% ≒ 営利法人 72.1% ≒ 社会福祉法人 71.6%**であった。 $P = 0.061 > 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めないが、医療法人が、他の設置主体より高い傾向があった。(表 1)

1-2. サービス担当者会議に参加を呼びかけた割合

サービス担当者会議に参加を呼びかけた割合は、「利用者本人」は、**医療法人 77.3% > 特定非営利活動法人 72.9% ≒ 営利法人 72.1% > 社会福祉法人 64.1%**で、 $P = 0.017 < 0.05$ で、5%の有意水準で、有意差を認めた。「家族」は、**医療法人 89.0% > 営利法人 80.1% ≒ 特定非営利活動法人 78.0% ≒ 社会福祉法人 76.9%**であり、 $P = 0.012 < 0.05$ であり、5%水準で医療法人が有意に高かった。

「主治医」は、**医療法人 35.4 > 特定非営利活動法人 30.5% ≒ 営利法人 28.2% > 社会福祉法人 20.6%**で、 $P = 0.006 < 0.01$ であり、1%の有意水準で有意差を認めた。

「主治医以外の医療機関の職員」を呼びかけたのは、**特定非営利活動法人 39.0% ≒ 医療法人 37.6% > 営利法人 28.9% ≒ 社会福祉法人 27.4%**で、 $P = 0.052 > 0.05$ であり、5%水準での有意差は認めなかったが、特定非営利法人と医療法人が、営利法人と社会福祉法人より高い傾向を示した。

「サービス事業者」は、**社会福祉法人 93.2% = 特定非営利活動法人 93.2% ≒ 医療法人 92.8% ≒ 営利法人 90.7%**で、 $P = 0.671$ で有意差を認めなかった。また「民生委員」も同様に、全ての設置主体で 10%前後であり、有意差を認めなかった。(表 2)

1-3. サービス担当者会議に実際に参加した割合

実際に参加した割合は、「利用者の参加」は、**医療法人 73.5% > 特定非営利活動法人 67.8% ≒ 営**

利法人 66.4% > 社会福祉法人 59.4% で、 $P=0.019 < 0.05$ で 5% の水準で有意差を認めた。

「家族」は、医療法人 81.2% > 特定非営利活動法人 74.6% ≒ 営利法人 72.8% ≒ 社会福祉法人 70.1% であり、 $P=0.062 > 0.05$ であり、医療法人が他の設置主体より高い傾向を示したが、有意な差は認めなかった。

「主治医」は、医療法人 21.0% ≒ 特定非営利活動法人 20.3% ≒ 営利法人 17.3% > 社会福祉法人 14.6% であり、有意差を認めなかった。「サービス事業者」は、医療法人 91.7% ≒ 社会福祉法人 91.5% ≒ 特定非営利活動法人 91.5% ≒ 営利法人 89.7% であり、同様に有意差を認めなかった。（表 3）

1-4. サービス担当者会議に参加すべき人

サービス担当者会議に参加すべき人として、「利用者」「家族」「主治医」「サービス事業者」とも、設置主体による有意差を認めなかった。（表 4）

1-5. サービス担当者会議の不参加理由

(1) 利用者

利用者に対して、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員の割合は、社会福祉法人 21.1% >> 特定非営利活動法人 13.6% ≒ 医療法人 12.8% ≒ 営利法人 12.7% であり、 $P=0.002 < 0.01$ であり、1% 水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」「時間帯が合わない」「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」「信頼関係の不確立」では、有意差を認めなかった。（表 5（1））

(2) 家族

家族に対して、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員の割合は、社会福祉法人 15.6% > 医療法人 10.5% ≒ 特定非営利活動法人 9.1% ≒ 営利法人 8.5% であり、 $P=0.007 < 0.01$ 、1% 水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 40.7% >> 営利法人 29.0% ≒ 特定非営利活動法人 28.4% ≒ 社会福祉法人 26.1% であり、 $P=0.001 < 0.01$ で 1% 水準の有意差を認めた。「時間帯が合わない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 31.8% > 営利法人 25.8% ≒ 特定非営利活動法人 22.7% ≒ 社会福祉法人 19.9% であり、 $P=0.006 < 0.01$ で 1% 水準の有意差を認めた。「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」「信頼関係の不確立」は有意差を認めなかった。（表 5（2））

(3) 主治医

主治医に対して、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員は、社会福祉法人 62.1% ≒ 特定非営利活動法人 61.4% > 営利法人 53.5% ≒ 医療法人 52.3% であり、 $P=0.021 < 0.05$ 、5% 水準で有意差を示した。「主治医に対して信頼関係を確立できない」と回答した介護支援専門員は、社会福祉法人 32.1% > 特定非営利活動法人 28.4% ≒ 営利法人 26.8% >> 医療法人 19.4% であり、 $P=0.004 < 0.01$ で 1% 水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 49.2% > 営利法人 44.2% > 社会福祉法人 39.8% > 特定非営利活動法人 34.1%、 $P=0.03 < 0.05$ で 5% 水準の有意差を認めた。「時間帯が合わない」「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」は、有意差を認めなかった。（表 5（3））

(4) サービス事業者

サービス事業者が会議に参加しない理由に関しては、全ての項目において、開設主体による有意な差を認めなかった。(表5(4))

2. サービス担当者会議で共有した情報

2-1. 事前に共有した情報

事前に共有した情報では、「利用者の主訴」を事前に情報共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 84.0% > 営利法人 76.1% ≒ 特定非営利活動法人 74.6% > 社会福祉法人 70.5%**、 $P=0.012 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。「家族の主訴」を事前に情報共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 80.7% > 営利法人 68.8% > 社会福祉法人 64.8% ≒ 特定非営利活動法人 64.4%**、 $P=0.002 < 0.01$ であり、1%水準で有意差を認めた。

「利用者の ADL, IADL の状況や変化」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**特定非営利活動法人 83.1% > 営利法人 79.1% > 医療法人 76.2% > 社会福祉法人 70.1%**、 $P=0.039 < 0.05$ であり、5%の水準で有意差を認めた。

「利用者の経済状況」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 47.5% > 営利法人 40.5% ≒ 社会福祉法人 37.7% > 特定非営利活動法人 25.4%**、 $P=0.018 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。「介護の方針」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 51.9% > 営利法人 43.9% > 社会福祉法人 38.8% ≒ 特定非営利活動法人 35.6%**、 $P=0.026 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。

「利用者の要介護認定状況」「利用者の疾病に関する情報」「利用者の生活歴」「利用者の生活状況」「医療知識や医療的対処の方法」「生活上の問題への対処方針」「ケアプランの共有・検討・確定」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合に有意差を認めなかった。(表6)

2-2. サービス担当者会議で共有した情報

「利用者の疾病に関する情報」を、サービス担当者会議で共有したと回答した介護支援専門員の割合は、**営利法人 55.1% > 医療法人 49.7% > 社会福祉法人 45.9% > 特定非営利活動法人 39.0%**、 $P=0.048 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。その他の項目には、有意差を認めなかった。(表7)

2-3. サービス担当者会議の事前に共有すべき情報

事前に共有すべき情報として、「利用者の経済状況」と回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 72.1% > 社会福祉法人 67.1% ≒ 営利法人 64.7% > 特定非営利活動法人 55.7%**、 $P=0.029 < 0.05$ であり、5%水準で有意差を認めた。その他の項目では、有意差を認めなかった。(表8)

2-4. サービス担当者会議で共有すべき情報

サービス担当者会議で共有すべき情報に対する介護支援専門員の割合は、開設主体による有意差を認めなかった。(表9)

サービス提供者会議で共有する情報に関する介護支援専門員の意識に、開設主体による差は認めなかった。

3. サービス担当者会議開催困難の理由

3-1. サービス担当者会議開催困難の理由

「利用者の出席」が困難であると回答した介護支援専門員は、**社会福祉法人 29.5% > 特定非営利活動法人 23.9% ≒ 営利法人 22.8% ≒ 医療法人 20.2%**であり、 $P=0.03 < 0.05$ で有意差を持って、社会福祉法人が開設主体の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が利用者の参加に困難感を覚えていた。「家族の出席」「主治医の出席」に関しての困難感には有意差を認めなかった。その他の項目でも有意差を認めなかった。（表10）

3-2. サービス担当者会議進行運営困難の理由

サービス担当者会議進行運営困難の理由として、「集合時間が守られない」と回答した介護支援専門員の割合は、**医療法人 15.9% ≒ 営利法人 15.2% ≒ 特定非営利活動法人 14.8% > 社会福祉法人 9.1%**、 $P=0.023 < 0.05$ であり、また「上手に進行できない」と回答した介護支援専門員の割合は、**社会福祉法人 34.5% > 医療法人 28.3% ≒ 営利法人 26.6% > 特定非営利活動法人 23.9%**、 $P=0.037 < 0.05$ であり、ともに5%水準で、有意差を認めた。

その他の項目である「会議の時間が長すぎる」「事前の準備が間に合わない」「特定の専門職に発言が偏りがち」「利用者の状態説明に時間がかかる」「未熟な専門職がいる」「会議の結論がまとまらない」は有意差を認めなかった。（表11）

D. 考察

医療法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、主治医への参加呼びかけが高く、また利用者本人や家族への呼びかけ率が高く、その結果として実際の出席率も高い。社会福祉法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、利用者本人、家族、主治医への参加呼びかけ率が低く、実際にこの3者の出席率も4つの設置母体の中で、最も低い。

「サービス担当者会議に参加すべき人」という意識調査では、有意差が無かったが、参加しない理由として、利用者、家族、主治医に参加を呼びかけていない率は、有意に社会福祉法人所属の介護支援専門員が高かった。利用者や家族、主治医が参加せず、サービス事業者だけで集まり、サービスの給付の割り振りを行う「サービス分配型サービス担当者会議」は社会福祉法人設置の居宅介護支援事業所で、最も頻度が高く行われている可能性があると考えられる。

サービス担当者会議で共有した情報では、「利用者の主訴」と「家族の主訴」を会議で共有（つまり議題にした）した率は、社会福祉法人が有意に低かった。

地域の介護支援専門員の研修での指導だけではなく、各居宅介護支援事業所においても、利用者、家族、主治医の参加を促すように配慮する必要性を認める。

E. 結論

居宅介護支援事業所の設置母体により、サービス担当者会議の出席者、特に利用者本人、家族、主治医に差があった。サービス担当者会議を充実して、多職種協働の地域包括ケアを推進するためには、画一的な介護支援専門員研修ではなく、設立母体にも配慮した肌理の細かい研修や指導が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 サービス担当者会議への利用者・家族の出席率

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者が出席した会議が1回以上ある	172/280(61.4)	134/177(75.7)	221/298(74.2)	42/59(71.2)	15.005	0.002
家族が出席した会議が1回以上ある	199/278(71.6)	146/178(82.0)	215/298(72.1)	42/57(73.7)	7.353	0.061

表2 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者	180/281(64.1)	140/181(77.3)	217/301(72.1)	43/59(72.9)	10.229	0.017
家族	216/281(76.9)	161/181(89.0)	241/301(80.1)	46/59(78.0)	10.950	0.012
主治医	58/281(20.6)	64/181(35.4)	85/301(28.2)	18/59(30.5)	12.619	0.006
サービス事業者	262/281(93.2)	168/181(92.8)	273/301(90.7)	55/59(93.2)	1.550	0.671
主治医以外の医療機関の職員	77/281(27.4)	68/181(37.6)	87/301(28.9)	23/59(39.0)	7.725	0.052
在宅介護支援センターの職員	53/281(18.9)	28/181(15.5)	76/301(25.2)	12/59(20.3)	7.423	0.060
社会福祉協議会の職員	11/281(3.9)	7/181(3.9)	12/301(4.0)	3/59(5.1)	0.193	0.979
民生委員	28/281(10.0)	19/181(10.5)	28/301(9.3)	6/59(10.2)	0.198	0.978
保健師	25/281(8.9)	12/181(6.6)	29/301(9.6)	7/59(11.9)	1.994	0.574
福祉事務所等のケースワーカー	35/281(12.5)	21/181(11.6)	38/301(12.6)	11/59(18.6)	2.079	0.556
薬剤師	1/281(0.4)	8/181(4.4)	2/301(0.7)	0/59(0.0)	16.908	0.001
栄養士	4/281(1.4)	16/181(8.8)	3/301(1.0)	1/59(1.7)	28.839	0.000

表3 サービス担当者会議に実際に参加した人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者	167/281(59.4)	133/181(73.5)	200/301(66.4)	41/59(67.8)	9.952	0.019
家族	197/281(70.1)	147/181(81.2)	219/301(72.8)	44/59(74.6)	7.325	0.062
主治医	41/281(14.6)	38/181(21.0)	52/301(17.3)	12/59(20.3)	3.528	0.317
サービス事業者	257/281(91.5)	166/181(91.7)	270/301(89.7)	54/59(91.5)	0.799	0.850
主治医以外の医療機関の職員	69/281(24.6)	59/181(32.6)	82/301(27.2)	19/59(32.2)	4.159	0.245
在宅介護支援センターの職員	44/281(15.7)	27/181(14.9)	64/301(21.3)	10/59(16.9)	4.421	0.219
社会福祉協議会の職員	9/281(3.2)	6/181(3.3)	14/301(4.7)	3/59(5.1)	1.206	0.752
民生委員	22/281(7.8)	15/181(8.3)	22/301(7.3)	4/59(6.8)	0.229	0.973
保健師	24/281(8.5)	11/181(6.1)	26/301(8.6)	5/59(8.5)	1.200	0.753
福祉事務所等のケースワーカー	28/281(10.0)	19/181(10.5)	34/301(11.3)	7/59(11.9)	0.362	0.948
薬剤師	1/281(0.4)	6/181(3.3)	2/301(0.7)	0/59(0.0)	10.823	0.013
栄養士	4/281(1.4)	13/181(7.2)	2/301(0.7)	0/59(0.0)	25.011	0.000

表4 サービス担当者会議に毎回参加すべき人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者	263/417(63.1)	168/258(65.1)	298/473(63.0)	48/88(54.5)	3.180	0.365
家族	309/417(74.1)	195/258(75.6)	349/473(73.8)	58/88(65.9)	3.264	0.353
主治医	98/417(23.5)	67/258(26.0)	107/473(22.6)	13/88(14.8)	4.734	0.192
サービス事業者	395/417(94.7)	233/258(90.3)	431/473(91.1)	82/88(93.2)	5.917	0.116
主治医以外の医療スタッフ	46/417(11.0)	42/258(16.3)	73/473(15.4)	16/88(18.2)	6.031	0.110
在宅介護支援センターの職員	44/417(10.6)	19/258(7.4)	65/473(13.7)	8/88(9.1)	7.527	0.057
社会福祉協議会の職員	3/417(0.7)	4/258(1.6)	4/473(0.8)	1/88(1.1)	1.278	0.734
民生委員	26/417(6.2)	15/258(5.8)	15/473(3.2)	6/88(6.8)	5.624	0.131
保健師	17/417(4.1)	3/258(1.2)	12/473(2.5)	1/88(1.1)	6.260	0.100
福祉事務所のケースワーカー	42/417(10.1)	15/258(5.8)	48/473(10.1)	13/88(14.8)	7.277	0.064
薬剤師	4/417(1.0)	10/258(3.9)	5/473(1.1)	2/88(2.3)	10.028	0.018
栄養士	10/417(2.4)	13/258(5.0)	9/473(1.9)	3/88(3.4)	6.442	0.092

表5 サービス担当者会議の不参加理由

(1)利用者

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
日や曜日があわない	46/417(11.0)	33/258(12.8)	50/473(10.6)	11/88(12.5)	0.976	0.807
時間帯が合わない	42/417(10.1)	35/258(13.6)	47/473(9.9)	12/88(13.6)	3.272	0.352
連絡がつかない	2/417(0.5)	0/258(0.0)	6/473(1.3)	0/88(0.0)	5.275	0.153
会議の意義の無理解	55/417(13.2)	32/258(12.4)	72/473(15.2)	18/88(20.5)	4.220	0.239
信頼関係の不確立	6/417(1.4)	1/258(0.4)	3/473(0.6)	2/88(2.3)	3.972	0.265
出席を呼びかけていない	88/417(21.1)	33/258(12.8)	60/473(12.7)	12/88(13.6)	14.437	0.002

(2)家族

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
日や曜日があわない	109/417(26.1)	105/258(40.7)	137/473(29.0)	25/88(28.4)	17.128	0.001
時間帯が合わない	83/417(19.9)	82/258(31.8)	122/473(25.8)	20/88(22.7)	12.544	0.006
連絡がつかない	27/417(6.5)	29/258(11.2)	50/473(10.6)	8/88(9.1)	6.044	0.110
会議の意義の無理解	73/417(17.5)	42/258(16.3)	81/473(17.1)	15/88(17.0)	0.171	0.982
信頼関係の不確立	13/417(3.1)	6/258(2.3)	10/473(2.1)	0/88(0.0)	3.309	0.346
出席を呼びかけていない	65/417(15.6)	27/258(10.5)	40/473(8.5)	8/88(9.1)	12.045	0.007

表5 サービス担当者会議の不参加理由
(3)主治医

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
日や曜日があわない	166/417(39.8)	127/258(49.2)	209/473(44.2)	30/88(34.1)	8.930	0.030
時間帯が合わない	168/417(40.3)	124/258(48.1)	206/473(43.6)	33/88(37.5)	5.094	0.165
連絡がつかない	70/417(16.8)	38/258(14.7)	95/473(20.1)	16/88(18.2)	3.660	0.301
会議の意義の無理解	84/417(20.1)	57/258(22.1)	106/473(22.4)	18/88(20.5)	0.796	0.850
信頼関係の不確立	134/417(32.1)	50/258(19.4)	127/473(26.8)	25/88(28.4)	13.194	0.004
出席を呼びかけていない	259/417(62.1)	135/258(52.3)	253/473(53.5)	54/88(61.4)	9.750	0.021

(4)事業者

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
日や曜日があわない	163/417(39.1)	118/258(45.7)	194/473(41.0)	45/88(51.1)	6.128	0.106
時間帯が合わない	150/417(36.0)	96/258(37.2)	189/473(40.0)	39/88(44.3)	2.983	0.394
連絡がつかない	5/417(1.2)	2/258(0.8)	7/473(1.5)	2/88(2.3)	1.361	0.715
会議の意義の無理解	12/417(2.9)	5/258(1.9)	10/473(2.1)	3/88(3.4)	1.172	0.760
信頼関係の不確立	6/417(1.4)	0/258(0.0)	5/473(1.1)	0/88(0.0)	4.681	0.197
出席を呼びかけていない	10/417(2.4)	9/258(3.5)	18/473(3.8)	0/88(0.0)	4.516	0.211

表6 サービス担当者会議で事前に共有した情報

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	χ^2	P 値
利用者の主訴	198/281(70.5)	152/181(84.0)	229/301(76.1)	44/59(74.6)	11.021	0.012
家族の主訴	182/281(64.8)	146/181(80.7)	207/301(68.8)	38/59(64.4)	14.444	0.002
利用者の ADL/IADL の状況や変化	197/281(70.1)	138/181(76.2)	238/301(79.1)	49/59(83.1)	8.391	0.039
利用者の要介護認定状況	185/281(65.8)	132/181(72.9)	204/301(67.8)	37/59(62.7)	3.378	0.337
利用者の疾病に関する情報	189/281(67.3)	139/181(76.8)	202/301(67.1)	39/59(66.1)	6.281	0.099
利用者の生活歴	140/281(49.8)	95/181(52.5)	145/301(48.2)	23/59(39.0)	3.407	0.333
利用者の生活状況	184/281(65.5)	125/181(69.1)	193/301(64.1)	38/59(64.4)	1.290	0.731
利用者の経済状況	106/281(37.7)	86/181(47.5)	122/301(40.5)	15/59(25.4)	10.122	0.018
医療知識や医療的対処の方法	103/281(36.7)	84/181(46.4)	119/301(39.5)	19/59(32.2)	5.879	0.118
生活上の問題への対処方針	100/281(35.6)	82/181(45.3)	118/301(39.2)	22/59(37.3)	4.460	0.216
介護の方針	109/281(38.8)	94/181(51.9)	132/301(43.9)	21/59(35.6)	9.288	0.026
ケアプランの共有・検討・確定	109/281(38.8)	72/181(39.8)	125/301(41.5)	18/59(30.5)	2.579	0.461